REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

PATIENT HOSTEL UNIT

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare

1978
2/82

Egalement disponible en français sous le titre
"Hôtellerie pour malades"

IMPORTANT

The information contained in these Guidelines was current at the time of publication. When using the Guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

Mr. D.F. Moffatt,
Chairman, Sub-Committee on Special
Services in Hospitals,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these Guidelines in both official languages can be obtained from the above person.

TABLE OF CONTENTS

	PAGE
GENERAL INTRODUCTION	v
LIST OF PARTICIPANTS	ix
PREAMBLE	1
GUIDELINES	
1. Patient Load	3
2. Bed Requirements	3
3. Recommended Distribution of Units	3
4. Administrative Policy, Procedures and Control	4
5. Staff Establishment and Coverage	6
6. Staff Training and Qualifications	6
7. Specific Supporting Departments and Services	7
8. Space Allocation, Utilization and Special Design Features	7
9. Equipment	8
10. Relationship with Other Departments and Services	8
APPENDICES	
APPENDIX I Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals	9
APPENDIX II List of Guidelines Available for Special Services in Hospitals	13

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized care facilities and services in hospitals. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. Because of this, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating special care services in hospitals.

Mandate

In 1972 health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area, and the Federl-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title, "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely distributed to provincial health and hospital autnorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 Guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. In May 1982, the Federal-Provincial Advisory Committee on

Institutional and Medical Services granted the Working Group continuing status as a sub-committee of the Advisory Committee. The name of the Working Group was therfore changed to the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. A complete list of Guidelines published or being prepared by the Sub-Committee is found in Appendix II.

Methodology

The Guidelines published in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada, and from authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present Guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of the country have provided expert input in these Guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested purpose of the Guidelines

The Guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the Guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the Guidelines is to provide a definition of requirements for a number of special care facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit is under consideration, the Guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a unit, and in assessing the total potential impact of a new unit on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new unit.

Where a unit already exists in a hospital, the Guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment, and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities, and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the unit.

Future revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the Guidelines will require regular revision. it is planned to maintain the Sub-Committee to carry out this function.

Acknowledgments

The Sub-Committee acknowledges with sincere appreciation the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada in providing detailed written information and guidance in the preparation of these Guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Sub-Committee on Special Services in Hospitals, responsible for the preparation of the new and updated Guidelines, is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt, Chairman
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mme Madelaine L. Côté
Chief, Institutional Health Services Section
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de Neurochirurgie de la Faculté de médecine de Sherbrooke
Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke
SHERBROOKE (Québec)

Dr. Gordon A. Judge
Medical Director
The Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Divison
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Hans H. Rubarth
Regional Director
Health Care Institutions Division
Nova Scotia Department of Health
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Personal Health Division
Program Advisory Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Secretariat

Mrs. Janet Stow
Project Officer
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Participating observers

Miss Marjorie Carroll
Nursing Consultant
Institutional and Professional Services
Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

PATIENT HOSTEL UNIT

PREAMBLE

Essentially, the hostel concept has potential for:

- reducing the misuse of expensive, acute in-patient accommodation. Hostels provide a more appropriate level of accommodation for the ambulatory patient in the hospital and may also result in a cost saving.

- reducing the financial deterrent to a patient obtaining necessary intensive or continuing investigation and treatment when distance from his/her home or lack of adequate transportation dictates that he/she would require hotel or other expensive accommodation close to the hospital.

- adding a new dimension in the spectrum of ambulatory and self-care programs.

The Task Force Reports stated that hostels are justified when the provision of "hostel accommodation either frees a hospital bed for which there is a demonstrable need, or provides an alternative to new construction of hospital facilities for which there would be a demonstrable need in the absence of hostels" or "there is a medical indication that the patient needs treatment in a nearby hospital but would profit from sleeping out (e.g. child with mother)."[1]

It is noted that the concept of ambulatory patients being accommodated near a regional or referral-type hospital is not new. Many patients have

---

[1] Task Force on Beds and Facilities, Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada. Volume 2. Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, November 1969.

been in the habit of using private homes or motel accommodation near a hospital, and in some cases, contractual arrangements may exist between the hospital and these facilities. A number of major referral clinics in the United States have motel accommodation available to ambulatory patients. Several specific hostels also have been developed in Canada for cancer patients receiving ambulant treatment. More recently, a number of hostels have been established in Canada in renovated hospital or residence quarters as an insured service.

Some or all of these types of hostels may continue to be established; however, it is the purpose of these guidelines to define the minimum requirements for a purpose-built hostel unit set up in new or renovated construction.

Definition

Accordingly, for purpose of this document, a hostel is defined as a facility to provide accommodation (in immediate proximity to or in an acute hospital) for ambulatory patients requiring intensive or continuing investigative procedures and selected treatment obtainable only at a hospital. A hostel is for patients who do not require acute bed care.

Some examples of procedures and treatments provided to hostel patients are as follows:

- Pre-admission specialized clinical investigation prior to in-patient treatment in a specialized department of a referral hospital, e.g. extensive investigation for suspected blood or alimentary tract disease.

- Continuing treatment on an ambulatory basis which can only be provided in referral-type hospitals, e.g. radiotherapy and chemotherapy for cancer.

- Pre-discharge medical and nursing supervision after acute in-patient treatment,

particularly for patients domiciled over approximately 30 miles from a hospital, e.g. ambulatory post-operative phase after uncomplicated surgery, prior to suture removal.

GUIDELINES

1. PATIENT LOAD

On the basis that, as a guide, a 10-bed unit would be a realistic minimum for a viable separate patient hostel unit, the minimum annual patient load required to support such a unit would be approximately 3000 patient days. This figure is based on an 80 per cent average occupancy for a 10-bed unit.

2. BED REQUIREMENTS

It is very difficult to be specific in regard to minimum and maximum hostel size as conditions will inevitably vary across the country. In practice, it would probably be best if the hospital made its own estimate of the patient categories and load, together with local, social and geographical factors, and planned accordingly. Nonetheless, as a guide, 10 beds would appear to be a realistic minimum for a viable unit. However, 15-20 beds would use staff and facilities more effectively.

3. RECOMMENDED DISTRIBUTION OF UNITS

Hospital-related hostel units will generally require approval by the appropriate provincial health planning authority. The decision to establish a hostel should be based on a proper "needs" study as to the feasibility and economic justification of such a unit.

A hostel will usually be located in or near a regional and/or a referral hospital. A hostel

could also be a shared facility between geographically proximate hospitals.

It is recognized that in geographically isolated or rural areas, hostel units may be justified. It is also possible that all or part of an obsolete small hospital or a hospital that is uneconomic as an active treatment unit could be considered for use as a hostel when factors of geography or distance make it advisable to maintain certain patients within easy reach of a doctor for a given period of time.

4. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL

4.1 Direction

The hostel must be administered as an organized component of a hospital and should be situated on or within a reasonable distance of a hospital's grounds.

One of the hospital's administrative officers should be assigned the responsibility of planning and administering this facility. A hostel unit supervisor, responsible to the administrative officer, should have the authority and responsibility for the day-to-day operation of the unit.

It is important that utilization of the hostel should be monitored by a multidisciplinary review committee of the hospital. The committee should also enforce policies regarding patient admission, supervision and discharge. In essence, this committee should audit and ensure effective control of the utilization of the hostel unit, at least on a monthy basis to ensure that the hostel concept is not lost.

4.2 Policies and Procedures

There should be written policies covering the following areas: admissions, patient eligibility,

visiting, patient activities and independence, clothing, patient amenities. A patient information booklet should be provided.

4.2.1 In terms of admission policies, the following criteria, as they relate to adults and children, are suggested:

Admission Criteria - Adult

- It must be clearly impractical, for the patient to return to his/her own home each evening during the period when he/she is using the services concerned. This could be due to the distance of the patient's home from the hospital or a lack of available transportation, or to the requirements of the investigative or treatment procedures.

- Patients must be admitted to the hostel on the request of an attending staff physician through the admitting unit of the hospital.

- Patients must be ambulatory.

- Patients must not require nursing care. (Specific nursing procedures might be performed on a visiting basis.)

- Patients must be capable of accepting responsibility, where indicated, for preparing themselves for treatment or diagnostic procedures.

- Patients must be capable of accepting responsibility for taking their own prescribed medication.

Admission Criteria - Children

- When children are not able to meet the admission criteria set out above, they must be accompanied by an adult.

4.2.2 Beds in the hostel should be allocated on a first-come, first-served basis. There should be no fixed allocation of beds for clinical services or individual physicians.

4.2.3 The hospital must provide facilities and services for handling any medical emergency arising in a hostel.

4.2.4 There should be a general medical record, with the normal hospital numbering, for each hostel patient. This should be incorporated into the patient's chart.

See also Appendix I, "Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals".

5. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

The hostel should be staffed on a 24-hour basis. Some hostels may operate on a five-day a week basis whereas others may operate on a seven-day a week basis. Accordingly, the staffing requirements will vary, based on the size of the unit and the coverage. However, the minimum staffing would be one employee per shift.

Appropriate nursing and physician support from the medical and/or resident staff should be readily available to the unit.

6. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

The unit staff should have an appropriate level of education and experience required for a nursing ward clerk or equivalent.

7. SPECIFIC SUPPORTING DEPARTMENTS AND SERVICES

The following hospital services may be required:

- Admitting
- Cafeteria
- E.C.G.
- E.E.G.
- Emergency Department
- Laboratory
- Pharmacy
- Physical and Rehabilitation Medicine
- Radiation Therapy
- Radiology
- Respiratory Technology
- Social Services
- Therapeutic Dietitian

8. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES[1],[2]

It is suggested that living-type accommodation of approximately 46m^2 (5000 square feet), situated on or close to the hospital grounds, would satisfy the space requirements for a 20-bed hostel unit program.

---

[1] Opinions on design information may be obtained from other sources including: Design Considerations for Special Care Units in Hospitals, Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare Canada, 1978.

[2] For definitions of net and gross areas please refer to: Floor Area Measurement for Health Facilities, Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, 1978.

This unit should include a patient's lounge or recreation room, visitors' lounge and washroom, nourishment room, examining room, a hostel office and telephone facilities. All areas should be accessible to persons in wheelchairs.

Wherever possible, hostel patients should be accommodated in private rooms, with private toilet facilities. In some areas, the conversion of part of a nurses' residence for patient hostel use may be suitable although common bathroom and toilet facilities may be rather undesirable, and these often occur in such buildings.

9. EQUIPMENT

There must be a means, such as a call system, whereby the patients are able, from within their own rooms, to summon immediate assistance.

10. RELATIONSHIP WITH OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

The hostel unit should be located, if possible, in proximity and with easy access to a cafeteria and the diagnostic and therapeutic services most extensively used by hostel patients.

APPENDIX I

GUIDELINES FOR POLICIES AND PROCEDURES FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific Special Services policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. ROLE AND OBJECTIVES

- Role and objectives of service in hospitals
- Type of patients served
  - By diagnosis and/or severity of illness
  - Restriction of service, if any (e.g. terminally ill patients)
- Services provided

II. ORGANIZATION OF SERVICE

- Governing Board responsibility
- Relationship to Administrator and Medical Staff
- Service management

(i) Specific responsibilities of staff

- Medical Director
- Other medical staff
- Nursing staff
- Other staff

(ii) Committee

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF SERVICE

1. Admission authority by:

   - Medical Director

   - Assistant and resident physicians

   - Nursing supervisor of service

2. Admission priorities by:

   - Diagnostic category

   - Clinical condition

3. Routine admission Standing Orders

4. Emergency admission Standing Orders

5. Length of stay by diagnosis

6. Guidelines for transfer based on specific routine and emergency priorities

7. Guidelines for discharge based on specific routine and emergency priorities

8. Educational requirements of staff

9. Provision for continuing education of staff

10. Establishment and maintenance of appropriate patient records

11. Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

12. Equipment maintenance and safety

13. Continuing evaluation of effectiveness of service

IV. **PROCEDURES**

1. Elective procedures: medical, nursing and other

2. Emergency alert system procedures

3. Medical record and statistical procedures

4. Patient - visitor regulations

GUIDELINES FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the federal-provincial Sub-Committee on Special Services in Hospitals. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Sub-Committee.

- Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Burn Unit
- Cardiovascular Services in Hospitals
  - Ambulatory Electrocardiography Monitoring
  - Cardiac Care
  - Cardiac Catheterization
  - Cardiac Surgery
  - Cardiovascular Nuclear Medicine
  - Cardiac Pacemaker
  - Cardiac Stress Testing
  - Echocardiography
  - Intermediate Cardiac Care
  - Non-Invasive Vascular Laboratories
  - Phonocardiography
- Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Child and Adolescent Services in General Hospitals
- Computed Tomography
- Day Surgery Unit
- Dental Care Units in Hospitals
- Detoxication Unit
- Diabetic Day Care Unit
- Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
- Emergency Services in Hospitals
- Geriatric Day Hospitals
- Geriatric Unit in a Hospital
- Intensive Care Unit

Long Term Adult Institutional Care
Narcotic Addiction Treatment Unit
Nuclear Medicine in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Unit
Regional Renal Failure Program
Rehabilitation Medicine Unit
Respiratory Techonology Service/Unit
Spinal Cord Injury Unit
Stroke Services
Total Parenteral Nutrition

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

HÔTELLERIE POUR MALADES

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social
1979

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer la personne suivante:

Dr W.B. C. Robertson
Directeur, Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
INTRODUCTION		v
LISTE DES PARTICIPANTS		vii
PRÉAMBULE		1
NORMES		3
1.	Nombre de malades	3
2.	Lits requis	3
3.	Répartition conseillée des unités	3
4.	Politiques, procédures et contrôle administratifs	3
5.	Constitution des effectifs et heures de travail	5
6.	Formation du personnel et qualifications requises	5
7.	Départements et services de soutien particuliers	5
8.	Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	6
9.	Appareillage	6
10.	Relations avec les autres services et départements	6
ANNEXES		
ANNEXE I	Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux	7
ANNEXE II	Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux	9

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie médicale ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements dans la prestation des soins ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et d'une main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux, s'est fait sentir.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales actuelles ou récentes et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. On trouvera, à l'Annexe II, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Groupe de travail.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes canadiens et de particuliers. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et de sources autorisées aux États-Unis et dans d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé, par l'entremise d'agents dûment désignés d'organisations sanitaires nationales représentant les activités propres à chaque

service. Il est certain que des centaines de spécialistes, de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant de la sorte aux sujets traités un caractère reflétant un véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services déjà existants et ceux à l'étude, aussi bien sur les plans local que régional. Des lacunes dans les services déjà en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le Groupe de travail continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Groupe de travail présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume, qui s'est mis à l'oeuvre en 1976, était composé de:

Dr W.B.C. Robertson, président
Directeur
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mme M.L. Côté
Chef, Section des services de santé en institution
Division des services en établissement et en santé communautaire
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. W. Foster (a démissionné en octobre 1977)
Administrateur des services de santé
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr G.A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

M. M.B. Kohut (nommé en novembre 1977)
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Dr W. MacPherson
Consultant principal: services spéciaux
Direction consultative des programmes
Division des programmes de santé
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en établissement et en santé communautaire
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Sheila Nixon
Agent chef des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. Hans H. Rubarth
Directeur régional
Institutions de soins de santé
Ministère de la santé
Province de Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

SECRÉTARIAT

Mlle S. Jeannotte
(a démissionné en février 1978)
Agent de projets
Direction de l'assurance-santé
Direction générale des programmes de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Janet Stow (nommée en mai 1978)
Agent de projets
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

OBSERVATEURS PARTICIPANTS

M. Roger Diab
Architecte-conseil
Division de la planification des établissements sanitaires
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle A.N. O'Leary
Conseillère en soins infirmiers
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

HÔTELLERIE POUR MALADES

PRÉAMBULE

Essentiellement, l'hôtellerie offre les avantages suivants:

a) Réduire l'usage abusif des services d'hospitalisation coûteux destinés au traitement des malades aigus. Les hôtelleries permettent d'économiser et d'offrir des services hospitaliers plus appropriés aux malades ambulatoires.

b) Réduire, pour le malade, la possibilité que les frais d'hôtel ou de logement trop onéreux, situé à proximité de l'hôpital, ne l'empêchent de subir les examens ou de recevoir les soins intensifs ou continus dont il a besoin, quand il habite trop loin ou lorsqu'il ne dispose pas de moyens adéquats de transport.

c) Ajouter une dimension nouvelle à l'ensemble des programmes destinés aux malades ambulatoires et aux soins autonomes.

Les rapports du Groupe de travail sur le coût des services sanitaires au Canada affirment que l'implantation d'hôtelleries est justifiée, lorsque "le logement à l'auberge libère un lit d'hôpital dont on a besoin et peut éviter la construction d'un hôpital qui serait nécessaire en l'absence d'une auberge" ou encore, "lorsqu'il y a indication médicale que le patient a besoin de traitements hospitaliers, tout en ayant avantage à coucher hors de l'hôpital (par exemple le cas d'un enfant qu'on ne veut pas séparer totalement de sa mère)".[1]

Il est intéressant de noter que l'idée de loger les malades ambulatoires près d'un hôpital régional ou d'un centre de consultation n'est pas nouvelle. Nombre de malades ont l'habitude de loger dans des foyers privés ou des motels à proximité de l'hôpital; dans certains cas, il existe même des accords contractuels entre l'hôpital et les propriétaires de ces logements. Aux États-Unis, un grand nombre de centres de consultation importants mettent des motels à la disposition des malades ambulatoires. Au Canada, plusieurs hôtelleries ont été établies pour les cancéreux qui reçoivent des traitements à titre d'externes. Plus récemment un certain nombre d'hôtelleries ont été aménagées au Canada, au sein même des résidences ou des hôpitaux rénovés, et ce, à titre de service assuré.

Ces types d'établissements continueront d'être créés; toutefois, ce guide vise à définir les exigences minimales à respecter dans le cas d'une hôtellerie établie dans une construction nouvelle ou un immeuble rénové.

---

1) Rapports du Groupe de travail sur le coût des services sanitaires au Canada - Soins et services hospitaliers. Vol. 2, p. 306. NOTE - Dans la traduction originale, le terme "auberge" a été utilisé au lieu "d'hôtellerie" désormais accepté pour traduire "hostels". Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Ontario, novembre 1969.

Définition

Aux fins de ce document, l'hôtellerie est définie comme étant un centre d'hébergement (situé à proximité ou à l'intérieur d'un hôpital traitant des malades aigus) pour les malades ambulatoires qui doivent subir des examens intensifs ou prolongés ou encore, des traitements spécialisés, dispensés exclusivement à l'hôpital. L'hôtellerie est destinée aux malades dont l'état ne requiert pas l'utilisation d'un lit réservé au traitement des malades aigus.

Voici quelques exemples des services et traitements dispensés à des malades hébergés dans les hôtelleries:

a) ceux qui doivent subir une investigation clinique spéciale avant leur admission dans un service spécialisé de l'hôpital; par exemple, l'examen approfondi en vue de vérifier la présence d'une maladie du sang ou de l'appareil digestif;

b) ceux qui sont soumis à un traitement de longue durée, dispensé sur une base externe et réservé aux hôpitaux de soins tertiaires, par exemple, la radiothérapie et la chimiothérapie des cancéreux;

c) ceux dont l'état requiert une surveillance médicale et infirmière avant leur départ de l'hôpital, notamment s'ils demeurent à plus de 30 milles; par exemple, pendant la période qui suit une intervention chirurgicale sans complication et avant l'enlèvement des points de suture.

NORMES

1. NOMBRE DE MALADES

À titre de guide, 10 lits constitueraient un minimum réaliste pour qu'une hôtellerie de malades soit rentable. En journées d'hospitalisation, cela représente un minimum d'environ 3000 jours/patients par année. Ce chiffre est fondé sur une occupation moyenne de 80 p. 100 des lits de l'unité.

2. LITS REQUIS

Il est difficile de préciser le nombre minimal ou maximal de lits, car les conditions varieront inévitablement d'une région à l'autre du pays. En pratique, il est probablement préférable que chaque hôpital évalue lui-même les catégories de malades et leur nombre, compte tenu des facteurs sociaux et géographiques locaux, et qu'il planifie en conséquence. Quoiqu'il en soit, le minimum de 10 lits semble être celui qui peut assurer la rentabilité de l'hôtellerie de malades. Cependant, l'unité de 15 à 20 lits permettrait une utilisation plus efficace du personnel et des installations.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS

L'établissement d'hôtelleries affiliées à des hôpitaux doit généralement être approuvé par les autorités provinciales compétentes. La décision d'établir une hôtellerie doit reposer sur une étude des besoins qui en justifient l'aménagement et la rentabilité.

D'une manière générale, l'hôtellerie sera située dans un hôpital régional ou un hôpital spécialisé ou encore, dans leur voisinage immédiat. Elle pourrait également constituer un service partagé entre plusieurs institutions.

La construction d'hôtelleries dans les régions isolées ou rurales pourrait aussi se justifier. Il est également possible d'envisager l'utilisation de la totalité ou d'une partie d'un petit hôpital désuet ou d'un hôpital non rentable comme unité de traitement actif, pour y aménager une hôtellerie lorsque des considérations géographiques ou l'éloignement font qu'il est préférable de garder les malades près de leur médecin, pendant un certain temps.

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

4.1 Direction

L'hôtellerie doit être administrée comme toute unité organisée de l'hôpital et située sur les terrains de l'hôpital ou à une distance raisonnable de celui-ci.

La responsabilité de planifier et d'administrer ce service devrait être confiée à l'un des membres du personnel administratif de l'hôpital qui à son tour désigne un responsable prenant la charge du fonctionnement quotidien de l'unité annexée.

Un comité de révision multidisciplinaire de l'hôpital surveillera l'utilisation de l'hôtellerie. Il veillera aussi à l'application des directives concernant l'admission, la surveillance et la sortie des malades. Essentiellement, ce comité devra, au moins tous les mois, évaluer le fonctionnement de l'hôtellerie, vérifier son utilisation et s'assurer que le concept même de l'hôtellerie est constamment respecté.

4.2 Politiques et procédures

Les domaines suivants devraient faire l'objet de directives écrites: les admissions, l'admissibilité des malades, les visites, les activités des malades et leur degré d'indépendance, la tenue vestimentaire et les commodités offertes aux malades. Un livret d'information devrait leur être remis.

4.2.1 En ce qui concerne l'admission, on suggère les critères suivants, s'appliquant aux adultes et aux enfants:

Critères d'admission des adultes

- Il faut que le malade soit définitivement dans l'impossibilité de rentrer chez lui tous les soirs pendant la période d'utilisation des services, en raison soit de la distance qui sépare son domicile de l'hôpital et de l'inexistence de moyens adéquats de transport, soit des exigences des examens et des traitements qu'il subit.

- L'admission du malade à l'hôtellerie se fera à la requête d'un médecin traitant membre du personnel médical de l'hôpital et par l'entremise du service des admissions de l'hôpital.

- Le malade doit être capable de se déplacer sans aide.

- Le malade ne doit pas avoir besoin de soins infirmiers. (Certains soins infirmiers spécifiques pourraient être dispensés par une infirmière visiteuse.)

- Au besoin, le malade devra être en mesure d'accepter la responsabilité de sa propre préparation en vue de traitements ou de procédés diagnostiques à subir.

- Le malade doit pouvoir assumer la responsabilité de prendre les médicaments prescrits.

Critères d'admission des enfants

- Les enfants qui ne répondent pas aux critères d'admission susmentionnés, doivent être accompagnés d'un adulte.

4.2.2 L'attribution des lits de l'hôtellerie se fera selon l'ordre de réception des demandes d'admission. Il ne doit exister aucune répartition fixe des lits en fonction des services cliniques ou des médecins.

4.2.3 L'hôpital assurera les installations et les services nécessaires au cas où une urgence médicale surviendrait à l'hôtellerie.

4.2.4 Pour chaque malade hébergé à l'hôtellerie, on établira un dossier médical numéroté selon le système en usage à l'hôpital, qui sera incorporé au dossier de ce malade.

Voir l'Annexe I intitulée "Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux."

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

On doit assurer la présence de personnel à l'hôtellerie, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Certaines hôtelleries fonctionneront cinq jours par semaine, d'autres sept. Par conséquent, les besoins de personnel varieront selon l'importance de l'unité et le nombre d'heures d'ouverture. Toutefois, il faut prévoir la présence d'au moins un employé pendant chaque période de travail.

Les malades de l'unité doivent avoir facilement et rapidement accès aux soins infirmiers et médicaux fournis par le personnel médical ou les résidents.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

On exigera du personnel de l'unité la formation et l'expérience requises d'un subalterne travaillant dans une unité de soins infirmiers ou l'équivalent.

7. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN PARTICULIERS

Les services hospitaliers suivants peuvent être requis:

- admission
- cafétéria
- diététothérapie
- électrocardiographie
- électroencéphalographie
- inhalothérapie
- laboratoire
- médecine physique et de réadaption
- pharmacie
- radiologie
- radiothérapie
- service social
- urgence

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[1,2]

Une résidence d'environ 465 mètres carrés (5000 pieds carrés), située sur le terrain de l'hôpital ou à proximité, devrait suffire au besoin d'une hôtellerie de vingt lits.

Cette unité annexée à l'hôpital doit comprendre un salon ou une salle de loisirs pour les malades, un salon et un cabinet de toilette pour les visiteurs, une cuisinette, une salle de consultation, un bureau et des installations téléphoniques. Toutes les aires doivent être accessibles aux personnes en fauteuils roulants.

Autant que possible, les malades hébergés dans les hôtelleries doivent être logés dans des chambres privées, pourvues de toilettes individuelles. Dans certaines régions, il pourrait suffire de transformer, en partie, une résidence d'infirmières, pour en faire une hôtellerie, mais il ne serait pas souhaitable que les malades ne disposent que des salles de bain et des toilettes communes que l'on retrouve souvent dans ces bâtiments.

9. APPAREILLAGE

On doit prévoir un mécanisme, par exemple un système d'appel, permettant au malade de demander de l'aide, sans quitter sa chambre.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

L'hôtellerie doit être située, si possible, à proximité d'une cafétéria et des services de diagnostic et de thérapeutique les plus utilisés par les malades; de plus, l'accès à ces lieux doit être facile.

---

1) Le lecteur peut se référer à "Considérations relatives au design des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux" publié par la Direction de la planification des établissements sanitaires, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les plans et l'aménagement de l'installation matérielle.

2) Pour de plus amples informations quant aux espaces, nous vous prions de vous référer à "Mesurage des surfaces pour établissements de santé". Ce guide est publié par la Direction de la planification des établissements sanitaires, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

ANNEXE I

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES

À L'USAGE DES

SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

A. Rôle et objectifs de l'unité dans l'hôpital

B. Catégories de malades soignés

- Selon le diagnostic ou l'état du malade.

- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex.: malades en phase terminale).

C. Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

A. Responsabilité du Conseil d'administration

B. Relations entre l'unité, le directeur général et le personnel médical

C. Gestion de l'unité

(i) Responsabilités du personnel

- Directeur médical
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comité

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales.

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Responsabilité de l'admission des malades:
   - directeur médical,
   - médecins, résidents,
   - infirmière-surveillante de l'unité
2. Critères d'admission - Priorités selon:
   - le diagnostic
   - l'état de santé du malade
3. Ordonnances de routine à l'admission
4. Ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence
5. Durée du séjour selon le diagnostic
6. Méthode de transfert des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
7. Méthode de congé des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
8. Degré de formation exigé du personnel
9. Projets d'éducation permanente pour le personnel
10. Établissement et tenue à jour des dossiers des malades
11. Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence
12. Entretien et sûreté de l'appareillage
13. Évaluation continue du rendement de l'unité.

IV. TECHNIQUES

1. Techniques de soins électives (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Règlements régissant les visites aux malades.

ANNEXE II

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Groupe de travail fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Groupe de travail.

- Alimentation parentérale totale
- Hôtellerie pour malades
- Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
  - Soins cardiaques intermédiaires
  - Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
  - Cathétérisme cardiaque
  - Chirurgie cardiaque
  - Écho-cardiographie
  - Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
  - Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
  - Médecine nucléaire cardio-vasculaire
  - Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
  - Phonocardiographie
  - Soins cardiaques
- Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
- Unité de chirurgie de jour
- Unité de désintoxication
- Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux
- Unité de médecine physique et de réadaptation
- Unité de médecine nucléaire
- Unité de soins aux brûlés
- Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
- Unité de soins de jour pour diabétiques
- Unité de soins intensifs
- Unité de tomographie par ordinateur
- Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier
- Unité d'inhalothérapie
- Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour personnes âgées
- Unité de soins intensifs périnataux
- Unité de traitement des lésions de la moelle épinière
- Services d'urgence au Canada
- Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
- Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux